TRATADO INTERDISCIPLINAR DE CABALA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DURAS
AUTOR: MARCELO GONÇALVES RIBEIRO

O Capítulo 10, modelo desenvolvido até aqui, é aplicado diretamente à **psiquiatria**, sem negar a biologia, mas recusando o reducionismo. O foco não é rotular indivíduos, e sim **compreender padrões de desequilíbrio funcional**.

Capítulo 10

Psiquiatria e Desequilíbrios das Sefirot

A psiquiatria moderna nasceu do esforço legítimo de aliviar o sofrimento humano. Contudo, ao longo do tempo, viu-se pressionada a operar sob modelos cada vez mais classificatórios, estatísticos e farmacológicos. O resultado foi um avanço significativo no controle de sintomas, acompanhado por uma dificuldade persistente em **compreender o sofrimento como fenômeno sistêmico**.

Este capítulo propõe uma leitura alternativa — não concorrente, mas complementar — na qual os transtornos psíquicos são compreendidos como **desequilíbrios funcionais** nos eixos descritos pelas Sefirot. Não se trata de substituir diagnósticos clínicos, mas de oferecer uma **cartografia mais profunda da dinâmica interna** que produz tais quadros.

Doença Mental como Quebra de Integração

A premissa central é simples e exigente:

> a maioria dos sofrimentos psíquicos não decorre da ausência de funções, mas da **hipertrofia, atrofia ou desconexão entre funções**.

O cérebro raramente “para de funcionar”. Ele passa a funcionar de modo **desorganizado**, priorizando certos eixos em detrimento de outros. A Cabalá, especialmente como sistematizada no **Zohar**, jamais descreveu o mal como uma substância, mas como **desequilíbrio relacional**. Essa intuição mostra-se notavelmente compatível com a psiquiatria contemporânea baseada em redes.

Transtornos do Eixo Superior (Keter–Chochmá–Biná)

Quando o eixo da orientação e da elaboração cognitiva se desorganiza, surgem quadros ligados à **perda de direção, excesso de associação ou falha de contenção cognitiva**.

– **Déficits em Keter** manifestam-se como vazio existencial, perda de sentido e desorientação profunda. O indivíduo funciona, mas não sabe *para quê*.
– **Hipertrofia de Chochmá sem Biná** pode aparecer em estados maníacos ou hipomaníacos: abundância de ideias, criatividade acelerada e incapacidade de avaliação crítica.
– **Excesso de Biná sem Chochmá** pode resultar em ruminação, rigidez cognitiva e paralisia decisória, comuns em quadros depressivos e ansiosos.

Nesses casos, o sofrimento não é falta de inteligência ou vontade, mas **desalinhamento entre orientação, novidade e elaboração**.

Transtornos do Eixo Emocional (Chessed–Gevurá–Tiferet)

Grande parte da clínica psiquiátrica se concentra aqui — muitas vezes sem perceber que está lidando com **falhas de integração afetiva**.

– **Excesso de Chessed** sem Gevurá pode gerar fusão emocional, dependência afetiva e dificuldade crônica de estabelecer limites.
– **Excesso de Gevurá** sem Chessed manifesta-se como ansiedade intensa, autocrítica severa, culpa crônica e endurecimento emocional.
– **Colapso de Tiferet** produz oscilações extremas entre impulsividade e retraimento, comuns em transtornos de personalidade e quadros de instabilidade afetiva.

Nesses casos, o sofrimento nasce da incapacidade de sustentar simultaneamente vínculo e limite.

Transtornos do Eixo Operacional (Netzach–Hod–Yesod)

Aqui surgem os quadros nos quais a pessoa **entende e sente**, mas não consegue **manter, comunicar ou consolidar mudanças**.

– **Fragilidade em Netzach** aparece como desmotivação persistente, abandono recorrente de projetos e sensação de impotência.
– **Excesso de Hod** pode gerar racionalização defensiva, intelectualização e distanciamento da experiência emocional.
– **Falhas em Yesod** manifestam-se como instabilidade comportamental, dificuldade de manter vínculos e repetição compulsiva de padrões nocivos.

Esses quadros explicam por que muitos tratamentos falham: atuam no insight ou na emoção, mas **não alcançam o nível da consolidação prática**.

Malchut e o Sofrimento Encarnado

Por fim, há quadros em que o sofrimento se manifesta predominantemente em Malchut: no corpo, na rotina, na ação concreta. Transtornos psicossomáticos, desorganização funcional da vida cotidiana e incapacidade de executar decisões são exemplos claros.

Nesses casos, insistir apenas em interpretação psicológica é ineficaz. O problema está na **interface entre sistema nervoso e mundo**, exigindo intervenções que reorganizem ritmo, ambiente, corpo e ação.

Implicações Éticas e Clínicas

Este modelo não elimina responsabilidade, mas a **qualifica**. Ao invés de perguntar apenas “a pessoa escolheu isso?”, passa-se a perguntar:
– qual eixo estava comprometido?
– qual função dominou indevidamente?
– que nível precisa ser restaurado para que a escolha volte a ser possível?

Isso não absolve nem condena automaticamente. **Compreende**, e só então responsabiliza de modo mais justo.

Do ponto de vista terapêutico, a implicação é clara: intervenções eficazes precisam ser **multinível**. Medicação pode ser necessária para estabilizar eixos; psicoterapia pode reorganizar linguagem e emoção; práticas corporais e sociais podem restaurar Malchut. Nenhuma abordagem isolada é suficiente.

Psiquiatria como Cartografia, Não como Sentença

Este capítulo propõe uma mudança de postura: da psiquiatria como tribunal diagnóstico para a psiquiatria como **mapa funcional do sofrimento humano**. Um mapa que reconhece limites biológicos, mas não reduz o humano a eles. Um mapa que vê desequilíbrio onde antes se via defeito.

No próximo capítulo, avançaremos para uma questão decisiva: **consciência, livre-arbítrio e responsabilidade**. Onde começa a escolha? Onde termina o impulso? E como esse modelo altera nossa compreensão ética do agir humano?

Capítulo 11 — Consciência, Livre-Arbítrio e Responsabilidade.